

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1961

THÈSE

N° 1035

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

LIPSZYC Daniel

né le 6 Novembre 1930 à LUNEVILLE (M. & M.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé du Certificat d'Etudes Spéciales de Gynécologie
et d'Obstétrique

Présentée et soutenue publiquement le :

LE DETROIT MOYEN

Président : J. VARANGOT, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

LIPSZYC Daniel

né le 6 Novembre 1930 à LUNEVILLE (M. & M.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé du Certificat d'Etudes Spéciales de Gynécologie
et d'Obstétrique



Présentée et soutenue publiquement le :

LE DETROIT MOYEN

Président : J. VARANGOT, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS.V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
	N.
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
Beaujon	GORDIER (G.)
Cochin	GOSSET (J.)
Hôtel-Dieu	MOULONGUET (P.)
Pitié	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Saint-Antoine	FÈVRE (M.)
Salpêtrière	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Tenon	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MATHEY (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	LAMY (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOS (R.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DELAY (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	N.
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	LENÈGRE (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
Boucicaut	DREYFUS (G.)
Broussais	KOURILSKY (R.)
Cochin	DEBRAY (G.)
Hôtel-Dieu	GENNES (L. de)
Pitié	DEROT (M.)
St-Antoine	DAVID (M.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GARCIN (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	LACOMME (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	VARANGOT (J.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	RENARD (G.)
Cliniques obstétricales	AUBRY (M.)
Baudelocque	LELONG (M.)
Foch (Suresnes)	MARIE (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	BERNARD (E.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MICHAUX (L.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	COSTE (F.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	DECHAUME (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	N.
Clinique de pneumo-physiologie (Laënnec)	LEMAIRE (A.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	N.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	GIROUD (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	VERNE (J.)
Clinique urologique (Cochin)	
Embryologie.	
» » (Prof: à titre personnel)	
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	
Histologie.	

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
» » (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)	
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	BRUMPT (L. G.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)	
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)	
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)	
Physiologie	BINET (L.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)	
» » »	PARROT (J.)	
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)	
Physique médicale	DOGNON (A.)	
» » (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)	
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)	
Thérapeutique	CONTE (M.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie	Ophtalmologie
- CABROL (G.) - COUINAUD (C.) - OLIVIER (G.)	- BRÉGEAT (P.) - SARAUX (H.)
Anatomie pathologique	Orthopédie
- GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) - pr. s. ch. - BUSSER (F.) - GOUYGOU (Ch.) - ORCEL (L.) - PAILLAS (J.)	- JUDET (R.) - RAMADIER (J.)
Anesthésiologie	Oto-rhino-Laryngologie
VOURC'H (G.)	DEBAIN (J.)
Bactériologie	Parasitologie
- BARBIER (P.) - CHRISTOL (D.) - TOURNIER (P.)	CHABAUD (A.)
Biochimie médicale	- BARGAT (J.) - BINET (J.-P.) - CAUCHOIX (J.) - CHATELIN (G.-L.) - DUBOST (Ch.) - DUBOST (Cl.) - FAUREL (J.) - FLABEAU (F.) - GERMAIN (A.) - LOYGUE (J.) - MERGADIER - PERROTIN (J.) - ROBERT (H.) - THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	Pathologie chirurgicale
PLAS (F.)	
Carcinologie	Pathologie exotique
- DENOIX (P.) - MATHE (G.)	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	- CROSNIER (J.) - HARTMANN (L.) - LÖPER (J.) - MAURICE (J.) - RICHEL (G.) - AUSSANNAIRE (M) - BOUR (H.) - BOUVIER (J.) - BOUVRAIN (Y.) - BRICAIRE (H.) - BRISAUD (H.) - BROCARD (H.) - BUGE (A.) - CASTAIGNE (P.), m. conf. - CATINAT (J.) - CONTAMIN (F.) - COURY (G.) - FREZAL (J.) - HOUSET (E.) - LAROCHE (Cl.) - LESOBRE (R.) - MAGREZ (G.) - NICK (J.) - PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. - ROYER (P.) - WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	Pathologie expérimentale
- LEDoux-LEBARD (G.) - BILSKI-PASQUIER (G.) - DAUSSET (J.) - COUJARD (R.) pr. s. ch. - MARois (M.) - RACADOT (J.) - CORNET (A.) - BOYER (J.), pr. s. ch. - CORRE-HURST (Mme L.) - BASTIN (R.) - DUPONT (V.) - DEROBERT (L.), pr. s. ch. - HADENGUE (A.) - FOURNIER (E.) - GUENIOT (M.) - ALBAHARY (G.) - LHERMITTE (F.) - GRANJON (A.) - HERVET (E.) - LE LORIER (G.) - MORIN (P.) - MUSSET (R.) - ROBEY (M.) - THOYER-ROZAT (J.)	
Hématologie	Pathologie médicale
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neurologie	
Obstétrique	

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	BOISSIER (J.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	LECHAT (P.)		CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Physiologie	DEJOURS (P.)		GRELLET (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
	KELLERSHOHN	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)		MAYER (M.)
	ANELINE (A), pr. s. ch.		RAVINA (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	OLIVIER (G.)		OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	POILLEUX (F.)	logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique et pué-	
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	riculture	LAPLANE (R.)
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)	Médecine légale	GAULTIER
	THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma mère

A mon père

A MA FEMME

pour l'aide et le soutien qu'elle sut
toujours me prodiguer

A MES ENFANTS

A MA SOEUR ET A SON EPOUX,

en témoignage d'affection et de gratitude
pour leur leur constante sollicitude

A LA FAMILLE CETER

A Monsieur le Professeur J. VARANGOT,

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

Nous garderons le souvenir de sa culture
raffinée et de l'intelligence de son
enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre admiration et
de notre respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. GRANJON,

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, en a fourni les observations
et nous a guidé dans son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre gratitude pour sa bien-
veillance et de notre profonde admira-
tion pour ses remarquables talents.

Au Docteur J.P. GUILLAUMIN,

Médecin-Chef de la Maternité de l'Hôpital ~~Saint-Denis~~

Qui a bien voulu nous recevoir ~~comme~~
Interne dans son service,

Qui ne nous a jamais ménagé aide et
bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici la
marque de notre respect.

Au Docteur Madeleine LAMY,

Assistante à la Maternité de l'Hôpital ~~Saint-Denis~~

A qui va notre gratitude pour l'attention
qu'elle sut nous témoigner

Qu'elle trouve ici l'expression de
notre profonde reconnaissance.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris (Externat)

Monsieur le Professeur Agrégé Maurice MAYER,
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,

Dans son remarquable service de l'Hôpital Saint-Antoine, nous apprîmes nos premiers gestes d'accoucheur,

Qu'il trouve ici l'expression de notre respect et de notre admiration.

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO
Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris,

Monsieur le Professeur TURPIN,
Professeur d'Hygiène et Clinique de la Première
Enfance à la Faculté de Médecine de Paris

Monsieur le Professeur FEY,
Professeur de Clinique urologique à la
Faculté de Médecine de Paris

Monsieur le Docteur LEIBOVICI
Chirurgien des Hôpitaux.

A mes Amis les Docteurs Pierre BOUTIN
Claude MARCAUD
René DUPUIS
Jacques LHERM
Max WELINSKI
Bernard HERZBERG

A Yvonne et Lucien EDELSON

A Simone et Armand BAJER

- I -

INTRODUCTION

RAPPEL HISTORIQUE

Les difficultés de l'engagement, la dystocie au niveau du Déroit Supérieur, constituèrent durant une très longue période la préoccupation dominante des accoucheurs . Le développement de la radio pelvimétrie, et plus encore, la mise en oeuvre suivant des règles strictes de l'Epreuve du Travail, ont grandement contribué à donner à ce problème des solutions satisfaisantes .

La traversée de l'excavation, et particulièrement le passage du Déroit Moyen n'apparurent pendant longtemps comme dystociques qu'intégrés dans le cadre spécifique des bassins pathologiques : bassins rachitiques, cyphotiques, cypho-scoliotiques, coxalgiques, bassin de Naegelé ...

En France, les premières descriptions anatomiques du Déroit Moyen eurent pour auteurs AUVARD, TARNIER et CHANTREUIL, BUDIN . En 1896, dans sa thèse de Doctorat, BRINDEAU souligne les limites du Déroit Moyen qu'il estime être les plus exactes : ces limites sont actuellement toujours reconnues comme valables par la plupart des obstétriciens . Dans le même travail, il est le premier à décrire des phénomènes dystociques liés à un rétrécissement du Déroit Moyen . Mais dans tous les cas il s'agit de rétrécissements non isolés . Ce sont toujours des bassins franchement pathologiques ; scoliotiques, cyphotiques, obliques ovalaires, etc...

Depuis, les angusties pelviennes ont considérablement diminué dans leur

fréquence comme dans leur gravité .

Ces bassins n'existent plus guère que dans les vitrines de nos musées . Parallèlement, les rétrécissements du Déroit Moyen que BRINDEAU décrivit ne se voient plus . Mais dans la pratique obstétricale quotidienne il est fréquent de rencontrer des bassins symétriques, modérément rétrécis au Déroit Moyen .

Très souvent, leur seule caractéristique consiste en une saillie anormale des épines sciatiques, ou un sacrum dont l'extrémité inférieure est déjetée en avant .

De nombreux auteurs, notamment anglo-saxons, ont insisté sur ces rétrécissements souvent discrets . C'est l'opinion de DE LEE et de GREENHILL . DYER pense que ces rétrécissements du Déroit Moyen sont plus fréquents que tous les autres .

J. SAVAGE trouve que parmi toutes les dystocies obstétricales, 66 % sont causées par un rétrécissement du Déroit Moyen, alors que le Déroit Supérieur n'est responsable que de 42,8 % des cas .

Ce fut l'un des mérites essentiels de la radiologie dans ses utilisations obstétricales d'avoir permis l'exploration du bassin osseux . Le repérage radiologique des bassins est actuellement bien codifié . Et la radiopelvimétrie permet des mensurations exactes en ce qui concerne les différents étages du pelvis . L'étude du Déroit Moyen n'a évidemment pas échappé aux rapides progrès de la technique radiologique .

Il faut rappeler l'apport considérable dans ce domaine de THOMS, CALDWELL, MOLOY, d'ESOPPO . Notamment leurs efforts pour introduire une nouvelle classification des bassins . Et pour ce qui est du Déroit Moyen d'avoir sans cesse insisté sur son importance obstétricale .

Confronter l'évaluation clinique et radiologique du Déroit Moyen avec les résultats objectifs de l'accouchement furent pour MENGERT et KALTREIDER aux Etats-Unis, pour P. MAGNIN, MAYER avec MORIN, PORCHER et CHALUT, en France l'objet d'une constante préoccupation .

Enfin, S. HANSON depuis 1933 a consacré une attention permanente à

l'analyse clinique du Détroit Moyen, à la mensuration interne de ses limites, aux problèmes dystociques que cette partie de l'excavation peut poser .

Toutefois, l'importance du Détroit Moyen et les dystocies que son passage peuvent engendrer ne nous paraissent pas en France avoir soulevé l'intérêt que cela aurait mérité . La plupart des traités d'obstétrique n'y attachent que peu d'importance . Et souvent seules quelques lignes y sont consacrées .

Certes, FARABOEUF et VARNIER estimaient que "Tout ce qui peut entrer dans l'excavation est à l'aise et libre d'y tourner" . Et il est hors de doute que ceci est exact le plus souvent . Mais non toujours .

L'engagement, tel était le problème essentiel . Or, une tête engagée n'est pas une tête accouchée . Et il nous semble juste d'opposer à FARABOEUF et VARNIER, le Professeur LACOMME lorsqu'il affirme : "l'idée sur laquelle nous avons vécu qu'une tête qui a franchi le Détroit Supérieur ne rencontrera pratiquement plus d'obstacle osseux est à réviser" .

- II -

LE DETROIT MOYEN ANATOMIQUE

On donne le nom de Détroit Moyen à un rétrécissement de l'excavation pelvienne situé entre le Détroit Supérieur en haut, le Détroit Inférieur en bas . C'est le Beckenege des auteurs allemands, le mid-pelvis des auteurs anglo-saxons .

Il divise l'excavation en deux parties : l'une supérieure large, l'autre inférieure comprise entre le Détroit Moyen et le Détroit Inférieur, étroite .

Parce qu'il est situé beaucoup plus près du Détroit Inférieur que du Détroit Supérieur GREENHILL estime que le terme de Détroit Moyen est mauvais . Mais l'usage a consacré cette dénomination .

I.- LIMITES DU DETROIT MOYEN

A.- LIMITES OSSEUSES

Les limites osseuses du Détroit Moyen furent et restent en discussion .

Mais la plupart des auteurs prennent en considération les suivantes :

- En avant, le 1/3 inférieur de la face postérieure de la symphyse pubienne .
- En arrière, le sacrum au niveau de l'interligne S4 - S5
- Latéralement, les épines sciatiques, saillies osseuses situées sur le

bord postérieur des deux os iliaques, dirigées obliquement en bas, en arrière et en dedans . Leur longueur moyenne est de 5 cm à 2,5 cm . Elles se trouvent en moyenne à 6,5 cm du Déroit Supérieur, et à 5cm de l'ischion .

Certains fixent la limite postérieure au niveau de la concavité sacrée au point de rencontre avec le sacrum d'une ligne tirée du bord inférieur de la symphyse pubienne et passant par les épines sciatiques .

D'autres enfin placent le repère postérieur au point d'articulation sacro-coccygienne .

Mais pour tous, le repère essentiel est représenté par les épines sciatiques .

Réunissant ces points fixes osseux, une ligne définit virtuellement le déroit moyen . Celle-ci chemine en avant sur le muscle obturateur interne, en arrière sur le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique .

Cette ligne répond aux insertions moyennes et postérieures du diaphragme pelvien principal :

- Muscles Releveurs de l'anus
- Muscles ischio-coccygiens

B.- LIMITES LIGAMENTO-MUSCULAIRES

Les limites du déroit moyen ne sont donc pas STRICTEMENT osseuses . Mais ostéo-ligamento-musculaires . Le petit ligament sacro-sciatique d'une part qui réunit l'épine sciatique au sacrum de chaque côté et les insertions postérieures et moyennes du releveur de l'anus d'autre part, participent à la constitution du déroit moyen .

Nous considérons ce fait comme capital pour comprendre un grand nombre d'anomalies au passage de cet orifice .

II .- MESURES DU DETROIT MOYEN

Un certain nombre de mesures servent à caractériser la capacité du déroit moyen . Ce sont :

1.- Le diamètre transverse du Déroit Moyen

Représenté par une droite tirée d'une épine sciatique à l'autre .

Il porte également le nom de :

- diamètre bi-épineux
- diamètre bi-sciatique
- diamètre interépineux .

Sa longueur moyenne normale est de :

- 10 à 10,5 cm pour PIGEAUD et MAGNIN
- 10,3 cm pour MENGERT
- 10,5 cm pour HANSON .

MENGERT en 1952 soulignait qu'il fallait différencier :

- le diamètre bi-sciatique tiré entre la base des épines sciatiques et mesurant en moyenne 10,25 cm,
- et le diamètre bi-épineux s'étendant d'une pointe à l'autre des épines et valant en moyenne 9,5 cm,
- la moyenne des différences entre ces deux diamètres étant de 1,12 cm

KALTREIDER prend en considération l'interépineux (sommet des épines) et mesurant en moyenne 9 cm .

2.- Le diamètre antéro-postérieur du détroit moyen

Représente la distance entre le 1/3 inférieur de la face postérieure de la symphyse pubienne et la jonction des 4ème et 5ème pièces sacrées .

Ce diamètre vaut en moyenne :

- 12 cm pour KALTREIDER
- 11,5 cm à 12 cm pour MENGERT .

Au niveau du détroit moyen l'excavation présente par conséquent la forme d'une ellipse à grand axe antéro-postérieur .

3.- Les diamètres obliques du détroit moyen

Ils ne sont pas mesurables car leur extrémité postérieure répond aux échancrures sciatiques .

4.- Le diamètre sagittal postérieur du détroit moyen

C'est la mesure de la distance entre le point médian du diamètre bi-épineux et l'extrémité postérieure du diamètre antéro-postérieur . Il mesure en moyenne 5,2 cm (MENGERT) .

5.- Aire de MENGERT

Représentée par le produit des mesures du diamètre bi-épineux et du diamètre antéro-postérieur du détroit moyen .

Il vaut en moyenne 126 cm².

Ce chiffre représente une CAPACITE à 100 % ou Normale .

Et les chiffres de 106 cm² ou 85 % de la normale répondent pour MENGERT à une capacité limite .

6.- La méthode de WEINBERG et SCADRON

Recommande l'addition des diamètres bi-épineux et postérieur sagittal du détroit moyen . La valeur limite de cette mesure est de 13,5 cm .

7.- Aire d'ALLEN

ALLEN considérant le détroit moyen comme une ellipse, on calcule l'aire en utilisant la formule suivante :

$$\pi \frac{A B}{4}$$

ou A = diamètre bi-épineux ou ce qu'il nomme le transverse vrai

B = diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur .

Le calcul de l'aire de MENGERT ou celle d'ALLEN ont pour avantage d'évaluer la capacité du détroit moyen . Il faut cependant noter que ces méthodes calculent une surface dont 2 diamètres sont connus . Il tombe sous le sens que, la plus grande partie des limites de cette surface étant musculaire, donc extensible, le chiffre trouvé ne pourra être que relativement juste.

De plus, toutes ces mesures reposent sur le diamètre bi-sciatique . Or, dans le cas d'une présentation céphalique selon que le diamètre qu'offrira le mobile sera le bi-pariétal ou le bi-temporal les possibilités qu'il aura de franchir l'obstacle seront différentes . La forme même des épines sciatiques fait que par des mouvements de flexion-déflexion ou d'asynclitisme latéral une présentation pourra souvent déjouer les chiffres d'une mensuration pourtant exacte .

Nous pensons par conséquent que les mesures du détroit moyen ne peuvent recevoir une conclusion pratique qu'avec de très grandes réserves .

III.- PLAN DU DETROIT MOYEN

Il est presque parallèle au plan du détroit supérieur . Ils ont un axe commun ; celui de l'excavation représenté par la ligne ombilico-coccygienne .

IV.- VARIATIONS DU DETROIT MOYEN ANATOMIQUE

Nous ne ferons que citer les aspects souvent très modifiés du détroit moyen des bassins viciés très pathologiques . L'anomalie entre alors dans un cadre qui n'est pas celui de notre travail ainsi que nous l'avons souligné précédemment .

A.- VARIATIONS DU DETROIT MOYEN OSSEUX

a) Bassin symétrique

Les variations que l'on rencontre concernent :

- soit les épines sciatiques

lesquelles peuvent varier de longueur (de 0,5 à 2 cm parfois)

de forme

d'orientation

de situation par rapport au sacrum

- soit le sacrum

dont la concavité peut être bonne, ou médiocre, voire aplati sinon franchement convexe ;

dont l'inclinaison peut être modifiée par une nutation agrandissant l'excavation, ou une contre-nutation la réduisant .

HANSON a beaucoup insisté sur les variations du sacrum . Il pense en effet qu'au moment de l'accouchement le diamètre sacro-pubien peut se trouver agrandi .

Sur une série de 80 cas, il contrôle ce diamètre et le trouve constamment augmenté au cours de l'accouchement de 0,7 à 3 cm avec une moyenne de 1,8 cm . Il aboutit aux mêmes conclusions pour ce qui concerne le diamètre sagittal postérieur du détroit moyen, et ces variations sont en rapport avec un mouvement de nutation du sacrum . Il en déduit des conclusions thérapeutiques . Ainsi en favorisant la nutation du sacrum, la position de SIMS exagérée agrandit le

détroit moyen (Position de lithotomie exagérée, ou de la "taille" exagérée) .

- Soit la symphyse

Non pas tant son épaisseur que son inclinaison qui, normalement de 95° sur l'horizontale peut présenter des variations allant de 115° dans un sens à 67° dans l'autre .

- Soit le degré de convergence (ou de divergence) des parois latérales

Mais tous ces facteurs peuvent être modifiés isolément ou conjointement. Certaines variations peuvent ajouter leurs incidences péjoratives . D'autres fois celles-ci s'annuleront . Ainsi des épines sciatiques très rapprochées trouveront leur compensation dans un sacrum dont la concavité est largement dessinée .

b) Bassin asymétrique

Souvent le détroit moyen par la saillie par exemple d'une épine sciatique peut, en modifiant considérablement la capacité de l'excavation constituer l'essentiel de la dystocie .

STEER dans un ouvrage remarquable rapporte les conclusions de MOLOY sur les nombreuses études que cet auteur fit des bassins . Les descriptions qu'il donne du détroit moyen soulignent ses caractéristiques essentielles en fonction du type de bassin . Nous en résumons les lignes essentielles :

- Type gynécoïde

- . les parois latérales sont en général parallèles
- . le diamètre interépineux est large
- . la concavité sacrée bonne et l'inclinaison du sacrum moyenne .

- Type androïde

- . le sacrum est dévié en avant dans sa partie inférieure
- . les parois latérales sont convergentes
- . l'espace interépineux est rétréci .

- Type anthropoïde

- . le sacrum est long et étroit . En général son inclinaison et sa courbure sont moyennes

- . les parois latérales sont parallèles et plus souvent encore convergentes
- . le diamètre interépineux en général rétréci .
- Androïdes et anthropoïdes sont les types même de bassins dont le détroit moyen peut être le siège fréquent d'une dystocie . Pour KALTREIDER ils tripleraient les difficultés .
- Type platypelloïde
 - . l'inclinaison du sacrum est en général moyenne
 - . les parois latérales sont parallèles
 - . le diamètre interépineux très large habituellement .

B.- LES VARIATIONS DU DETROIT MOYEN MUSCULAIRE

Parce que le détroit moyen a une constitution ostéo-musculaire il nous est apparu que la qualité, le degré de tonicité des muscles releveurs sont susceptibles de jouer un rôle non négligeable dans la résistance au passage d'une présentation foetale à ce niveau . Il nous semble donc logique de penser qu'interviendront ;

a) La parité

Rien n'est plus différent, dans la plupart des cas, que la qualité des releveurs d'une primipare ou d'une multipare . Au périnée "souple" de la multipare s'oppose la "résistance" du plancher pelvien de la primipare . Et, si ces expressions s'appliquent usuellement à la partie antérieure du périnée, nul doute que les mêmes caractères se retrouvent pour la partie postérieure des releveurs .

b) L'âge

Il est bien connu que la qualité des muscles varie avec l'âge . Les releveurs d'une femme ne possèdent pas la même tonicité à 17 ans qu'à 25 ans . Egalement, une primipare de 25 ans n'a pas des tissus de la même qualité qu'une primipare âgée de 37 ans . La qualité de la fibre musculaire n'intervient pas uniquement à propos des releveurs . Cela est depuis longtemps reconnu pour le muscle utérin .

c) Les facteurs psychiques

Nous pensons que leur rôle est considérable . La peur de l'accouchement , la crainte de la douleur influent certainement sur le tonus musculaire . Souvent, d'ailleurs, cette situation est en rapport avec une dyspareunie antérieure elle-même déterminée par la crainte de la grossesse ou par des interférences psychiques complexes .

Qui n'a pas le souvenir de ces primipares de 17 ans chez lesquelles l'examen gynécologique même doux et précautionneux, réveille une contraction totale, immédiate, inflexible des releveurs . On a coutume d'appeler cela le "vaginisme" . Certes le point de départ du réflexe est vaginal, mais ce sont les releveurs qui se contractent . Le cycle peur-contraction-douleur apparaît .

Le rôle des muscles releveurs dans la rotation et la descente de la présentation est essentiel . Cela est reconnu depuis longtemps et nous y reviendrons ultérieurement . Mais, réciproquement, la contraction de l'ensemble du diaphragme pelvien ne peut pas ne pas influencer sur ces deux mécanismes .

Une conclusion découle de tout cela et qui nous paraît essentielle : l'importance du relâchement musculaire de la parturiente . Relâchement musculaire qui peut certes être obtenu par des moyens médicamenteux, mais également par une préparation psycho-prophylactique à l'accouchement .

Pour nous résumer 3 facteurs viennent modifier la qualité du détroit moyen :

- la parité
- l'âge
- les éléments, nerveux, psychiques qui, très souvent, conditionnent les deux précédents .

METHODES D'EXPLORATION DU DETROIT MOYEN

Soulignons tout d'abord que la pelvimétrie externe n'apporte pas de renseignements utilisables en ce qui concerne l'évaluation des dimensions de l'excavation pelvienne.

Deux méthodes sont à envisager :

- 1.- L'exploration manuelle interne
- 2.- La radiologie

A.- L'EXPLORATION DIGITALE

Les doigts de l'examineur vont successivement explorer les différents éléments du détroit moyen :

a) en avant, la partie antérieure, pubienne

l'avant-bras porté en supination, la face palmaire des doigts explorateurs à demi fléchis, orientée en avant, on apprécie :

- la hauteur
 - l'inclinaison
 - le degré de convexité du corps du pubis
- } de la symphyse pubienne

b) Latéralement ensuite

l'examen se fera à l'aide de la main droite pour la paroi latérale droite, à l'aide de la main gauche pour la paroi gauche.

Mains en demi-pronation, restant dans le prolongement de l'axe de l'avant-bras.

On évalue ainsi l'allure des épines sciatiques, leur orientation, leur saillie plus ou moins nette dans la cavité pelvienne.

Parfois à peine marquées, il peut être nécessaire pour trouver les épines sciatiques, de suivre le ligament sacro-sciatique correspondant.

La répétition de la manoeuvre à plusieurs reprises permet de porter un jugement précis.

L'écartement des épines sciatiques est également jugé avec une seule main, en passant d'une épine à l'autre, sans replier le poignet.

Ce temps de l'examen se continue par l'appréciation :

- du degré de convergence des parois latérales en partant du haut de l'excavation.
- de la saillie possible de l'endocotyle dans l'aire de l'excavation.
- de l'ampleur des échancrures sciatiques, considérées comme larges, si dans l'intervalle :
 - . base de l'épine sciatique
 - . bord latéral du sacrum3 doigts y tiennent
- considérées comme étroites si
- 2 doigts y tiennent juste.

c) En arrière enfin, l'exploration du sacrum permettra de juger :

- dans le sous-vertical, sa courbure
 - . la concavité plus ou moins accentuée (le doigt perdant le contact)
 - . un sacrum plat
 - . l'existence ou non de faux promontoires
- dans le sous-transversal .
 - l'incurvation du sacrum qui se révélera :

- . normale
- . atténuée
- . supprimée
- . ou inversée

L'examen digital du Détoit moyen ne saurait se terminer sans apprécier :

1.- la qualité du détoit inférieur

en soulignant l'importance que prend le degré d'ouverture de l'angle sous-pubien, l'écartement des branches ischio-pubiennes, la distance séparant les tubérosités ischiatiques.

2.- la qualité des parties molles

c'est-à-dire l'état des releveurs, leur tonicité; la facilité avec laquelle l'examen a pu être effectué ; le degré de contraction que cet examen a entraîné ou, au contraire, la valeur de relâchement que la femme est parvenue à obtenir.

B.- LA PELVIMETRIE INTERNE

Plusieurs appareils ont été décrits et utilisés par différents auteurs.

C'est en particulier le mérite de S. HANSON d'avoir insisté sur l'intérêt de cette technique.

Le pelvimètre de HANSON comporte 2 tiges articulées dont les extrémités postérieures, en s'écartant, balaient une échelle de mesure.

Les extrémités antérieures sont introduites dans le vagin, rapprochées, fixées par des bagues sur les deux doigts explorateurs.

Ceux-ci, introduits, arrivés à hauteur des épines sciatiques, s'écartent et le contact étant pris à droite et à gauche avec celles-ci, la lecture du diamètre interépineux se fait aisément.

Toutefois, il est incontestable que cette technique n'a pas connu une grande diffusion. Si les parties molles sont souples, sa pratique en est aisée. Par contre, l'examen est douloureux si tant est que le vagin est étroit, les releveurs serrés.

HANSON, qui en est le farouche défenseur, en a cependant tiré de nombreuses mesures dont la valeur n'a rien à envier à celles obtenues par la radiopelvimétrie.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de l'examen clinique. Certes, la tendance est facile qui consiste, au découvert d'une saillie des épines sciatiques, à se garantir par un examen radiopelvimétrique.

Nous pensons au contraire, que l'examen clinique d'un détroit moyen est objet d'expérience. La répétition du geste et la confrontation de cette expérience avec les résultats de l'accouchement et, éventuellement de la radiologie, restent les meilleurs moyens de former le jugement obstétrical.

A ce propos, il faut rapporter les travaux essentiellement cliniques de THIERSTEIN visant à évaluer la capacité du Détroit moyen :

Pour THIERSTEIN :

- la forme des épines est chiffrée :

1+, 2+, 3+, où 3+ représentent les plus larges.

- Il mesure la distance : pubis-épinés sciatiques à l'aide d'une sonde graduée.

Cette distance varie de 8 à 9,5 cm.,

avec une moyenne de 8,5 cm ou +

- Puis il mesure la distance : sacrum-épinés sciatiques également par sonde graduée
ou par mesure digitale (mesure des doigts tenant dans l'espace spino-sacré).

- Enfin, il mesure le diamètre bi-ischiatique (D.I.) en utilisant le pelvimètre de DECKER.

Et il conclut :

- Si deux de ces facteurs sont inférieures aux limites moyennes :

. 4,5 cm pour le sacro-sciatique

. 8 cm. pour le spino-pubien

. 7,5 cm. pour le bi-ischiatique

le détroit moyen est considéré comme limite

- Si les trois facteurs sont inférieurs à ces chiffres, le détroit moyen est considéré comme rétréci.

Et THIERSTEIN, en se basant sur ces mensurations exclusivement cliniques, constate sur une statistique de 600 cas :

- 5 % de rétrécissements découverts et considérés comme infranchissables pour un enfant de poids moyen (3.500 gr.)

- 5 % de rétrécissements limites pour un enfant de 4.000 gr.

Mais - 10 % seulement des femmes chez lesquelles fut découvert une diminution de la capacité, présentèrent un accouchement dystocique.

Notons, pour conclure ce chapitre, que seul l'examen clinique autorise à poser les indications de la radiopelvimétrie à bon escient.

C.- EVALUATION RADIOLOGIQUE DU DETROIT MOYEN

Trois clichés sont à prendre en considération :

1.- Cliché de profil

. Le même que celui sur lequel on mesure le conjugué vrai du détroit supérieur.

. Il permet de mesurer les diamètres antéro-postérieurs, et sagittal postérieur du détroit moyen.

De plus, sur ce cliché, on étudie :

a) Le profil de la face antérieure du sacrum

à l'oeil, on apprécie : sa hauteur
sa courbure
ses accidents

à l'aide d'un compas, on mesure :

sa hauteur
la corde de l'arc qu'il dessine
la distance d'éventuels faux promontoires au plan rétro-pubien.

b) Le profil de la face postérieure de la symphyse

souvent difficile à apprécier car moins nette que la face antérieure du sacrum.

Mais on peut juger de son orientation générale, et particulièrement

si elle est parallèle à la face antérieure du sacrum, s'en écarte ou s'en rapproche vers le bas. Ce fait commande la forme générale de l'excavation.

- c) La forme de la grande échancrure sciatique, échancrure que l'épine sciatique correspondante ferme partiellement à sa partie inférieure.

2.- Cliché de face (Cliché de l'arcade pubienne)

qui permet de noter l'inclinaison des parois latérales de l'excavation et en particulier leur degré de convergence ou de divergence.

3.- Cliché antéro-postérieur (cliché du détroit supérieur)

qui sert à mesurer la distance inter-épineuse, les épines sciatiques étant bien visibles en général. L'échelle de mesure étant corrigée par l'emploi du cliché de profil.

4.- Rappelons que sur le plan technique :

- a) le cliché de profil est pris :

- . soit en décubitus latéral
- . soit plus souvent en station debout

- b) le cliché de face, de l'arcade pubienne peut être pris :

- . soit selon la technique de CHASSART & LAPINÉ (ou de MOIR)
 - d'arrière en avant
 - femme assise penchée en avant
- . soit d'arrière en avant
 - tube face à l'arcade pubienne, sujet détendu en décubitus, cuisses demi-fléchies et écartées, fesses à l'aplomb du film.

- c) cliché du détroit supérieur, qui peut être pris :

- . soit d'avant en arrière : sujet en position demi-assise (THOMS) ou en décubitus.
- . soit d'arrière en avant, sujet en procubitus,
C'est la technique de FABRE, utilisée à Lyon (MAGNIN & NAUDIN).

Rappelons également la technique de MOIR qui mesure le diamètre bipariétal de la tête foetale radiographiée et le confronte avec les mesures radiopelvimétrique du détroit moyen et du détroit inférieur.

La radiopelvimétrie mesure donc :

- les diamètres antéro-postérieurs
inter-épineux
sagittal postérieurs
du détroit moyen.
- ces mesures permettant de calculer les indices et les aires
cités précédemment (MENGERT-ALLEN, etc...)

Cependant, la discussion est vive entre partisans de la radiopelvimétrie systématique et les tenants d'un usage mesuré de cette technique.

La "certitude" radiologique, pour beaucoup d'auteurs, n'existe pas en ce qui concerne le détroit moyen.

Ainsi TAYLOR, pour 1.005 accouchements note 31 forceps au détroit moyen mais n'en retrouve que 8 rétrécis lors d'un contrôle radiologique.

MORGAN, pour 2.477 accouchements note 65 forceps au détroit moyen : 17 rétrécissements radiologiques sont retrouvés. 21 cas où aucun rétrécissement n'apparaît.

Mais c'est à KALTREIDER que l'on doit la critique la plus rigoureuse (1952)

- sur 858 cas évalués par radiopelvimétrie et utilisant comme critères de sélection l'aire de Mengert :

- . 36 % des cas ayant une aire inférieure à 85 % présentèrent en fait des difficultés
- . 3 % des cas ayant une aire à 100 % ou + eurent tout de même des difficultés.
- . 7 % de difficultés au-dessous de 85 %.

et même dans les cas inférieure à 74 %, 1 cas sur 5 eut un accouchement normal.

En utilisant la méthode de WEINBERT & SCADRON,

où 13,5 cm. est le chiffre limite : Kaltreider trouve :

- Sur 864 cas contrôlés par cette méthode :

Malgré un total inférieur à 13,5 cm., il y eut 6,3 % de difficultés

" " " supérieur à 13,5 cm., il n'y eut que 30 % de difficultés.

Avec l'aide d'ALLEN

Seule cette méthode a donné à KALTREIDER des résultats pratiquement correspondant à l'issue obstétricale.

(Mais ALLEN considère le détroit moyen comme une partie du détroit inférieur et ignore le diamètre antéro-postérieur habituellement reconnu pour celui du détroit moyen.

Enfin, par la méthode de MOIR

KALTREIDER trouve 5 % de difficultés non prévues et seulement 30 % de difficultés dans les cas prévus comme dystociques.

Par contre, MAYER-PORCHER-CHALUT (Congrès d'Alger 1952) trouvent dans plus de 30 % de cas de dystocies inexpliquée un rétrécissement du détroit moyen décelé par la radiopelvimétrie.

Nous pensons, pour notre compte, que se fiant aux seuls critères radiologiques, le risque est grand d'aboutir à des indications chirurgicales excessives. GREENHILL le soulignait ces dernières années, à plusieurs reprises, en insistant sur les facteurs "d'adaptation" de la tête que les rayons X ne peuvent prévoir.

Pour nous, qui estimons que les facteurs osseux ne sont pas tout au niveau du détroit moyen, ces critiques sont de la plus grande importance.

De plus, la radiologie comporte de nombreux inconvénients :

- prix de revient élevé
- nécessité d'un équipement
d'un personnel très spécialisé, conditions très
rarement remplies.

Enfin, quelles incidences l'irradiation foetale a-t-elle ? Les données sont encore fragmentaires. Déjà, cependant, MAGNIN souligne le risque de la technique de THOMS.

Les auteurs lancent des cris d'alarme.

Notre propos n'est pas d'apporter des critiques à la radio-pelvimétrie, mais nous nous devons de souligner celles qui nous paraissent essentielles.

MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RETRECIS AU

DETROIT MOYEN

Les anomalies de l'accouchement qu'entraînent les rétrécissements du détroit moyen, concernent le 2ème temps du mécanisme de l'accouchement, le temps de l'excavation, c'est-à-dire :

- la progression et la rotation de la présentation dans l'excavation

Les conséquences de ces anomalies varient avec :

- le type du rétrécissement

- . antéro-postérieur
- . transversal
- . ou général.

- le degré

- le type du bassin : symétrique
asymétrique

1.- Il est des cas légers où les épines sciatiques font une discrète saillie dans l'excavation.

Le sacrum est normal. Le bassin ne présente pas d'autres anomalies.

La tête marque un simple temps d'arrêt à ce niveau, Puis la rotation et la descente se poursuivent normalement.

2.- Cas moyens

La tête est arrêtée alors au niveau des épines sciatiques et le passage peut être réalisé au prix :

- d'un asynélitisme latéral qui fait passer une première bosse pariétale au-dessus et en arrière d'une épine sciatique.
- d'une obliquisation de la tête : le passage s'effectuant par des mouvements oscillatoires successifs d'un côté et de l'autre.
- d'un recul de la tête, avantageux pour les occipito-sacrés car il fait passer le bi-temporal à la place du bipariétal.
- dans les positions antérieures, la rotation en occipito-pubienne et la descente sont relativement faciles car la tête est bien fléchie.
- dans les positions postérieures, où la tête est mal fléchie, l'arrêt est en règle plus prolongé, et là, la rotation en O.S. est une éventualité possible.

3.- Dans les cas sévères

Le passage du détroit moyen est théoriquement impossible. L'accouchement accepté ou forcé risque de conduire à une situation hautement dystocique.

Il faut savoir déceler ces cas dont la preuve radiologique existe car la dystocie est alors essentiellement osseuse.

4.- Le cas du siège

Les mêmes risques existent. Le danger d'une tête retenue au détroit moyen par un rétrécissement osseux infranchissable est évidemment considérable.

Il faut déceler ces bassins rétrécis au détroit moyen dont les critères radiologiques confirment qu'ils sont impraticables

S'il y a doute, la voie haute sera également la solution de sécurité.

Mais dans les cas où seules existent des épines sciatiques un peu saillantes, les mêmes considérations émises plus haut sont valables.

PIGEAUD souligne qu'il est rare que la dystocie du détroit moyen soit une dystocie majeure. Il s'agirait surtout de défaut de flexion et de rotation. Ceci nous paraît rejoindre tout ce que nous avons dit précédemment.

A PROPOS DE 85 CAS DE DYSTOCIES AU DETROIT MOYEN

La première partie de cette étude a essayé de tracer les limites -dans l'état actuel de nos connaissances - du détroit moyen : ses limites anatomiques et cliniques, ses limites radiologiques.

Une esquisse du mécanisme de l'accouchement a ensuite été formulée.

Au terme de cette étude théorique, une conclusion s'est imposée à nous :

L'évaluation métrique du détroit moyen reste essentiellement radiologique. Mais, de part sa constitution ostéo-musculaire, le détroit moyen nous est apparu comme un orifice dont le rôle fonctionnel ne fait pas intervenir uniquement les éléments fixes, osseux, qui sont précisément l'objet de la mesure radiologique.

Nous nous proposons à présent d'étudier les observations de 85 femmes ayant présenté une dystocie du détroit moyen.

Ces 85 observations s'étalent sur une longue période allant de 1949 à 1959. Ce long délai a été volontairement recherché afin de permettre à l'observateur (Professeur Agrégé GRANJON) d'étudier le devenir obstétrical des femmes ayant présenté une dystocie du détroit moyen.

Ces délais nous ont également permis de juger du pronostic foetal avec un recul de plusieurs années, tous les enfants ayant été revus de 3 à 5 ans après leur naissance.

Ces 85 observations ont été sélectionnées à partir d'un ensemble de plusieurs milliers d'accouchements.

I.- CRITERES DE SELECTION DU MATERIEL D'ETUDE

a) Le point commun de ces 85 observations fut que toutes les femmes présentaient une DYSTOCIE DU DETROIT MOYEN.

- Toutes les observations considérées présentèrent une anomalie au moment de la traversée du détroit moyen tels :

- arrêt prolongé au détroit moyen
- défaut d'orientation
- défaut de rotation, de descente

- En outre, l'examen clinique de ces parturientes nota dans tous les cas, une anomalie clinique du détroit moyen :

- épines sciatiques saillantes
- détroit moyen rétréci dans plusieurs dimensions.

b) Bien entendu, tous ces bassins présentaient un détroit supérieur normal.

Notre travail étant essentiellement clinique, nous avons éliminé les cas où l'état du détroit moyen paraissait incompatible avec un accouchement par voie basse. Ces cas reçurent une solution chirurgicale.

II.- MATERIEL D'ETUDE

a) Parité

Les 85 femmes observées se répartirent ainsi :

51 primipares
20 secundipares
10 terciipares
3 quatrièmes-pares
1 cinquième-pare

Sur 85 cas de dystocie du détroit moyen :

50 fois ce furent des primipares, soit 60 % des cas
20 fois des secundipares soit 24 % des cas

Il nous a semblé possible d'en conclure que la dystocie du détroit moyen est une dystocie qui affecte en premier chef la primipare.

b) Age des parturientes :

Sur 85 femmes, nous trouvons :

62 femmes de moins de 29 ans	=	<u>72,5 %</u>
13 femmes entre 30 et 35 ans	=	15,2 %
10 femmes de plus de 35 ans		

qui se répartissent ainsi :

Chez les primipares :	37 de moins de 29 ans	=	<u>74 %</u>
	8 entre 30 et 35 ans		
	6 au-dessus de 35 ans		
Chez les multipares :	25 de moins de 29 ans	=	<u>73 %</u>
	6 entre 30 et 35 ans		
	3 au-dessus de 35 ans		

Par conséquent, une proportion écrasante de femmes jeunes

Nous pensons que ces deux caractères :

- primiparité
- femmes jeunes

apparaissent comme caractéristiques de la dystocie du détroit moyen.

c) Poids des enfants

2	Nouveaux-nés	pesaient	entre 2.500 - 3.000 gr.
41	"	"	entre 3.000 - 3.500 gr.
32	"	"	entre 3.500 - 4.000 gr.
9	"	"	entre 4.000 - 4.500 gr.
1	"	"	entre 4.500 - 5.000 gr.

soit 42 nouveaux-nés d'un poids supérieur à 3.500 gr.

soit 49 % des cas.

Si l'on rappelle que 50 femmes étaient des primipares, il ressort que la dystocie du détroit moyen est souvent une dystocie du gros enfant.

III.- DUREE DU TRAVAIL

Pour les primipares (51 cas), la durée moyenne fut de 10 heures :

13 fois entre 2 et 6 heures

14 fois entre 8 et 10 heures

17 fois entre 12 et 16 heures

6 fois entre 20 et 24 heures

Pour les secundipares (22 cas) la durée moyenne fut de 5h.30

9 fois la moyenne fut de 3 heures

9 fois la moyenne fut de 7 heures

3 fois la moyenne fut de 14 heures

Pour les tercipares (10 cas) la durée moyenne fut de 2h.50

Toutes accouchèrent entre 2 et 4 heures

Il en fut de même pour les quatrièmes-pares et cinquièmes-pares (3 cas)

qui accouchèrent toutes entre 2 et 4 heures (en moyenne 3 heures)

Discussion

La notion classique veut que le travail soit plus long si une dystocie survient au détroit moyen.

Force est de constater que sur 85 accouchements, 23 seulement eurent un travail supérieur à 12 heures.

Il nous faut signaler que cette statistique est ancienne et que nombre de ~~cas~~ remontent à une époque où l'opérateur pratiquait volontiers un travail dirigé.

Cependant, il nous a paru intéressant de noter que si le travail fut supérieur à la moyenne habituelle chez 20 primipares environ sur 50, dans le groupe des multipares, il fut toujours rapide, hormis 4 cas (sur 35).

Nous retrouvons donc cette notion évoquée antérieurement que la dystocie du détroit moyen affecte plus sérieusement la primipare.

Conduite du travail

Il apparaît :

38 fois, il fut fait usage d'ocytociques, dont 11 fois en perfusion

et 18 fois d'antispasmodiques
ou d'analgésiques

spasmalgine

Phénergan

Dolosal

associés ou isolés.

Mais si l'on considère que certaines parturientes eurent la dynamique utérine corrigée à la fois par les ocytociques et les analgésiques, il y eut eu fait :

45 interventions médicamenteuses

Soit plus de 50 % des cas.

Cette constatation est à rapprocher du chapitre précédent concernant la durée du travail. Si celle-ci ne fut pas modifiée dans de grandes proportions, ce fut grâce à une intervention thérapeutique fréquente.

Autrement dit : il y a peut être anomalie dynamique fréquente comme conséquence de la dystocie du détroit moyen, mais on peut réduire la première par une stricte surveillance de la marche du travail, et une correction des anomalies éventuelles.

Il n'en reste pas moins vrai que l'intervention médicamenteuse reste fréquente et l'étude ultérieure du pronostic montrera son inocuité (notamment les antispasmodiques).

L'importance des éléments dynamiques nous semble également ressortir de cette analyse.

IV.- ETUDE DE L'ORIENTATION DU FOETUS

Toutes les présentations étant céphaliques, voici le tableau des positions au moment de l'arrêt sur les épines sciatiques :

O.I.G.A.	29 fois
O.I.D.P.	27 fois
O.P.	13 fois
O.I.G.P.	9 fois
O.I.D.T.	4 fois
O.I.D.A.	2 fois
O.I.G.T.	1 fois

Si l'on note qu'une tête en O.I.D.T. tourna en O.S., on arrive sur un total de 85 cas à :

37 cas où l'orientation de la tête était une occipito-postérieure

soit 43 % des cas

soit près de la moitié des cas

L'une des grandes caractéristiques de la dystocie du détroit moyen est l'orientation persistante de la tête en occipito-postérieure. Ceci rejoint l'opinion de PIGEAUD déjà citée.

Les rapports entre le rétrécissement du détroit moyen et l'orientation en occipito-postérieure ont préoccupé de nombreux auteurs. Il faut souligner notamment l'insistance renouvelée de HANSON S. depuis 1932 à la suite de Sir JAMES Y. SIMPSON (1855) et de CRAGIN (1916). Plus près de nous, TORPIN, à la suite de HANSON, revient sur ce problème.

L'orientation de la tête en occipito-postérieure est classiquement attribuée à un certain degré de déflexion. On ajoute d'ailleurs que cette orientation en arrière est un facteur de dystocie aggravée.

Or, si pendant longtemps on a cru pouvoir attribuer aux épines sciatiques le rôle d'inducteurs dans la rotation en avant, tout le monde s'accorde à reconnaître actuellement ce privilège aux releveurs de l'anus.

Il nous paraît donc logique de conclure que l'anomalie qui consiste à la fréquente rotation en occipito-postérieure dans le rétrécissement au détroit moyen est liée en grande partie à la participation dynamique du releveur dans le rétrécissement.

Au total : de cette analyse de l'orientation en occipito-postérieure de 43 % de nos cas, nous concluons :

- 1.- La grande fréquence des occipito-postérieures incite à penser que cette orientation ne doit pas être considérée comme une surprise lorsqu'un rétrécissement du détroit moyen est reconnu.
- 2.- Réciproquement, la persistance d'une orientation en occipito-postérieure lors du deuxième temps de l'accouchement doit faire évoquer une dystocie du détroit moyen.
- 3.- Cette fréquence peut trouver son explication dans le rôle que jouent les releveurs dans la constitution du détroit moyen.

4.- L'orientation en occipito-postérieure peut constituer toute la dystocie. De toute façon, elle en aggrave l'importance. Car pour modifier cette position persistante, la tête doit tourner au-dessus des épines sciatiques dans une concavité sacrée souvent de capacité diminuée. Et si la tête franchit le détroit moyen en O.S., il est peu probable qu'une rotation en avant, au-dessous des épines sciatiques soit possible. Si elle survient, le risque en sera accru (forceps très difficile, dégâts maternels, etc...)

5.- L'intérêt est évident de connaître le diamètre sagittal postérieur du détroit moyen et l'intérêt clinique de trouver une bonne concavité sacrée. Inversement, le rôle péjoratif d'un mauvais sacrum.

V.- MODE DE TERMINAISON

1.- Aucune césarienne différée ne fut pratiquée

2.- Sur 85 dystocies du détroit moye, il fut effectué :

79 forceps (Suzor pour la plupart)
dont 2 avec incision du col

4 fois expulsion aidée par expression abdominale
1 fois une rotation manuelle
1 fois l'accouchement fut normal.

- Certes, le nombre des forceps fut élevé.

- Il faut à ce propos souligner que ces extractions furent effectuées par un opérateur ayant une grande habitude du forceps (Professeur Agrégé GRANJON).

- que l'application de forceps fut le moyen le plus rapide de corriger la dystocie.

- que précisément les dystocies au détroit moyen que nous traitons ne sont pas des dystocies osseuses où le passage en force d'une tête foetale est réalisé. Au contraire, il nous est apparu que la dystocie du détroit moyen où des épines sciatiques saillantes sont souvent le seul élément anatomique anormal peut être réglée par voie basse, par des manoeuvres obstétricales.

3.- Illy eut 27 épisiotomies

dont : 19 chez des primipares (sur 51)
et 8 chez des multipares (sur 34)

Beaucoup d'auteurs qui pratiquent systématiquement l'épisiotomie le jugeront (compte-tenu du nombre de forceps et du nombre de primipares) comme peu élevé.

Pour nous, qui sommes peu partisan de l'épisiotomie systématique, nous le jugeons élevé. D'autant plus que le nombre d'enfants de poids important fut grand.

Les épisiotomies chez les multipares s'expliquent parce qu'elles avaient subi une épisiotomie lors des accouchements antérieurs.

A propos de ce chiffre élevé d'épisiotomies, nous rappelons que nombre d'auteurs ont signalé la fréquence du rétrécissement du détroit inférieur associé à celui du détroit moyen.

Certains affirment même que la découverte d'un détroit inférieur rétréci implique en projection un rétrécissement du détroit moyen.

Des études radiologiques du détroit moyen et du détroit inférieur les comparant ont confirmé cette notion.

VI.- ETAT DES ENFANTS A LA NAISSANCE

La plupart des observations ressortent d'une période où nous n'appliquions pas la méthode d'APGAR dans l'appréciation de l'état du nouveau-né.

Tous ces enfants furent confiés, après leur naissance, à un pédiâtre.

Tous ont également été revus de 3 à 10 ans après leur naissance.

Tous les enfants ont crié ou respiré aussitôt ou après désobstruction.

Il n'y eut aucun cas d'hémorragie cérébro-méningée immédiate ou secondaire.

Il n'y eut qu'une réanimation pendant 10 minutes. L'enfant eut un comportement normal ensuite.

Deux paralysies faciales légères furent observées, régressant rapidement.

Il est incontestable que d'après ce travail, le dystocie du détroit moyen n'apparaît pas comme une dystocie comportant un pronostic foetal péjoratif. En particulier, l'utilisation du forceps comme mode de terminaison de la dystocie ne fut pas traumatisante. Le forceps, dans les dystocies du détroit moyen, n'est pas un passage en force d'un détroit osseux, rétréci. Nous estimons que nos chiffres témoignent.

VII.- MORBIDITE MATERNELLE

Il n'y eut aucun cas de lésions périnéales accidentelles

Il n'y eut aucun accident hémorragique.

Les suites de couches furent toutes normales, apyrétiques

Toutes les épisiotomies cicatrisèrent par lère intention.

Lorsque le travail avait été long ou des touchers vaginaux répétés, ou bien lorsqu'une rupture prématurée de la poche des eaux s'était présentée, un traitement antibiotique fut institué.

Seuls quelques cas de rétention d'urine passagère dues aux manoeuvres de forceps furent notées. Aucune lésion des parties molles, ni rectales ni vésicales ne survint.

Nous eûmes à déplorer un cas de mort subite au 8ème jour chez une primipare. Embolie foudroyante. Cette femme avait eu des suites absolument apyrétiques et un lever précoce au 2ème jour.

Au total, la pronostic maternel fut bon dans son ensemble.

VIII.- LA DYSTOCIE DU DETROIT MOYEN DANS LA PERSPECTIVE DE L'AVENIR OBSTETRICAL DE LA FEMME.

La dystocie du détroit supérieur est une dystocie essentiellement osseuse. Il est peu probable qu'un bassin rétréci au détroit supérieur et qui refuse le passage à un foetus d'un poids donné, permette le passage lors d'un accouchement ultérieur, si le poids du foetus est équivalent ou supérieur.

Le bassin imperméable au détroit supérieur reste (sauf foetus nettement plus petit) un bassin imperméable. Et la césarienne initiale conduira à une césarienne lors des grossesses suivantes.

Or, en est-il de même pour la dystocie lorsqu'elle se situe au niveau du détroit moyen ?

Depuis le début de ce travail, nous contestons cette donnée.

L'analyse suivante nous autorise à avancer dans la justification de notre proposition.

Groupe des primipares

Sur 50 primipares, 20 cas eurent un accouchement ultérieur dont nous pûmes recueillir les caractéristiques.

A.- Première série : 10 primipares

Au premier accouchement, dystocie du détroit moyen.

Extraction instrumentale.

- Ces 10 femmes eurent toutes ensuite un deuxième accouchement NORMAL, sans forceps.

- Et 7 fois, le poids de l'enfant fut nettement supérieur à celui du 1er accouchement.

- 3 fois, le poids légèrement inférieur ou sensiblement égal.

Quelques exemples illustreront cette série

Obs. N° 870.- Mme CAP... 28 ans Primipare

- 1er accouchement en 1957 - Travail de 16 heures nécessitant une perfusion, 1 dolosal. Terminé par un forceps Suzor en O.I.D.P. au détroit moyen. Épisiotomie. Enfant de 3.900 gr., criant et respirant de suite.

Cliniquement : détroit moyen rétréci.

- 2ème accouchement en 1959 : accouchement normal d'un enfant pesant 4.150 gr.

Obs. N° 3.804.- Mme NAH... 32 ans Primipare

- Accouchement en 1953 d'un enfant pesant 3.350 gr. extrait par forceps en O.I.D.P. Durée du travail : 7 heures. Crie, respire aussitôt.

Cliniquement : Détroit moyen rétréci.

- Depuis a eu deux accouchements :

- . un enfant de 3.300 gr. extrait par forceps en O.P., criant et respirant.
- . un enfant de 3.800 gr., accouchement normal (crie et respire aussitôt.).

B.- Deuxième série

5 cas : Primipares ayant présenté une dystocie du détroit moyen, réglée par forceps.

Ont toutes eu un deuxième accouchement normal mais en utilisant une perfusion ocytocique dans la phase terminale.

Dans 2 cas le poids de l'enfant était légèrement inférieur

Dans 3 cas, supérieur.

Exemple :

Obs. N° 2.741 Mme PIE... 26 ans, Primipare.

Extraction en 1950 par forceps Tarnier au détroit moyen, en O.I.G.P., après un travail de 36 heures d'un enfant de 3.450gr. criant et respirant aussitôt.

Naissance normale ultérieurement d'un enfant pesant 4.100gr-
(Perfusion de post hypophyse en fin de travail)

C.- Troisième série

Concerne 10 primipares suivies lors de leur 1er accouchement qui toutes, présentèrent une dystocie du détroit moyen.

- terminé par forceps, au détroit moyen -

Ces 10 femmes eurent toutes un second enfant

Mais une nouvelle application de forceps fut nécessaire.

Dans ces 10 cas, la dystocie du détroit moyen "récidivait" mais il faut souligner que :

4 fois le poids du 2ème enfant fut supérieur à celui du 1er.

3 fois, ce poids fut égal

3 fois le poids était inférieur mais dans ces trois cas là,

l'orientation fut une O.I.D.P.

Bref, sur ces trois groupes, au total : 25 femmes ayant présenté un 1er accouchement caractérisé par une dystocie au détroit moyen, seulement 10 récidivèrent leur dystocie, et encore, sur ces 10, 4 eurent à subir l'application d'un forceps pour un enfant de poids nettement supérieur au 1er.

Exemple

Obs. N° 4.648, Mme BOY...

1er accouchement en 1950. Durée du travail : 14 heures.

Extraction après épisiotomie, par forceps Denelin, d'un enfant criant et respirant aussitôt, en O.I.G.A. pesant 4.580 gr.

Cliniquement : détroit moyen rétréci.

Ultérieurement :

- une extraction par forceps en O.I.D.P. d'un enfant pesant 4.750 gr.
- un accouchement normal : 3.300 gr
- un accouchement normal d'un enfant de 4.300 gr. (avec perfusion.)

Groupe des multipares

Dans le groupe des multipares les mêmes caractéristiques peuvent être retrouvées :

Sur 35 multipares ayant présenté une dystocie au détroit moyen, tout au moins vues lors de cet accouchement, 26 eurent des grossesses ultérieures.

Nous notons, parmi ces 26 femmes, une première série : elles eurent toutes, lors d'un accouchement ultérieur, une expulsion normale. Ce tableau en témoigne : (1)

N° dossier	1° acc ^t	2° acc ^t	3° acc ^t	4° acc ^t	5° acc ^t	6° acc ^t
I.287	3.450 g. Forceps	3.600 g. Siège	3.600 g. Forceps au D.M.	3.700 g. Normal		
I.607	2.500 g Normal	3.400 g. Forceps au D.M.	3.400 g. Normal			
I.629	3.350 g. Forceps	4.450 g. Forceps	3.300 g. Normal			
I.453	3.080 g. Normal	3.200 g. Expression	3.500 g. Normal			
I.751	3.700 g. Forceps	3.600 g. Forceps en O.I.D.P.	3.700 g. Forceps	3.950 g. Forceps		
4.243	3.600 g. Forceps	4.000 g. Forceps	4.300 g. Normal	4.450 g. Normal		
4.522	Poids ? Forceps	Poids ? Forceps	3.250 g. Forceps	3.700 g. Forceps	3.500 g. Normal	3.400 g. Normal

Donc, dans ces 7 cas, le 1er ou le 2ème accouchement est caractérisé par une dystocie du détroit moyen.

Accouchements suivants : normaux, avec souvent un enfant de poids bien supérieur.

(1) la case hachurée représente l'accouchement pour lequel la femme a été vue pour la 1ère fois et le rétrécissement du détroit moyen constaté.

La seconde série de multipares : les accouchements ayant suivi celui qui fut caractérisé par le dystocie du détroit moyen se firent également avec extractions par forceps, mais avec des enfants souvent de poids supérieur.

Ainsi, 4 observations (ce groupe en comporte 12 analogues)

N° dossier	1er Accouch.	2ème accouch.	3ème accouch.
1.462	3.100 gr. Forceps en transverse	3.500 g. Forceps en O.I.G.P.	3.600 g. Forceps en O.I.D.P.
1.629	3.350 g. Forceps en O.I.D.P.	4.450 g. Forceps en O.I.G.A.	
2.041	3.300 g. Forceps en O.I.D.P.	3.950 g. Forceps en O.I.G.A.	
4.778	3.250 g. Forceps	3.700 g. Forceps en O.I.G.P.	

Et pour conclure cette illustration soulignons cette observation, à notre avis, très caractéristique :

Obs. N° 4.243 : Mme BES...

Epines sciatiques très saillantes.

1er accouchement : Forceps sur enfant de 3.600 g. en O.I.D.P.
extraction en OS.

2ème accouchement : Forceps en O.I.D.P., au détroit moyen,
sur enfant de 4.000 gr.

3ème accouchement : 4.300 gr. normal

4ème accouchement : 4.450 gr. normal.

En résumé

- Sur 25 primipares ayant présenté une dystocie du détroit moyen :
 - . 15 eurent ensuite un accouchement normal avec enfant plus gros.
 - . 4 eurent ensuite un forceps avec enfant plus gros.
- 19 fois sur 25 donc, la dystocie du détroit moyen ne se répéta pas.
- Sur 26 multipares ayant présenté une dystocie du détroit moyen lors l'accouchement où elles furent vues pour la première fois :
 - 19 eurent ultérieurement un accouchement normal ou une extraction d'un enfant beaucoup plus gros que le précédent.

DISCUSSION

Au terme de notre étude clinique, nous pouvons souligner :

- que la dystocie du détroit moyen existe
- Cette dystocie est surtout une dystocie de la primipare
 - . c'est une dystocie de la femme jeune
 - . c'est une dystocie du gros enfant
 - . c'est la dystocie d'une mauvaise orientation de la tête
 - . c'est une dystocie qui ne récidive pas toujours.

Nous pensons que pour toutes ces raisons la dystocie du détroit moyen n'est pas liée seulement à des facteurs osseux, mais également à des facteurs musculaires, dynamiques, en rapport avec la qualité des releveurs.

Certes, il existe en général des épines sciatiques saillantes. Ce fait, nous ne le nions pas. Au contraire, nous l'avons toujours retrouvé. Mais le rôle des éléments osseux n'est pas essentiel sinon, ce serait une dystocie récidivante.

Alors que la dystocie du détroit moyen apparaît comme une dystocie associée :

Dystocie de la primipare
de la jeune femme
du gros enfant
du fœtus qui reste en occipito-postérieure

La dystocie du détroit supérieur est osseuse. Elle contre indique formellement toute manoeuvre instrumentale par voie basse. Mais après ce que nous venons de dire de la dystocie du détroit moyen, nous pensons que celle-ci peut être le plus souvent réglée par voie basse. Et sans risque pour la mère ni pour l'enfant. Cette donnée exige un opérateur expérimenté certes, mais surtout de bien comprendre le caractère original de cette dystocie.

THERAPEUTIQUE

Nos conclusions thérapeutiques découlent de l'analyse clinique .

Etant donné la nature de la dystocie du Déroit Moyen, nous pensons qu'une importance primordiale doit être donnée :

1.- A la préparation psychoprophylactique de l'accouchement

Cette préparation va apporter à la parturiente :

- la confiance
- la notion de sécurité
- la disparition de la peur .

La connaissance du mécanisme de l'accouchement va neutraliser les influences morbides qui dominaient auparavant .

Les exercices de contrôle neuro-musculaire l'habitueront à discipliner sa musculature . Un des exercices le plus important - le plus difficile aussi - n'est-il pas celui qui consiste à contracter la musculature abdominale et diaphragmatique et à relâcher les muscles périnéaux dans le même temps .

Nous sommes convaincus que le relâchement musculaire, que cette méthode apporte, doit contribuer dans l'avenir à réduire la gravité des dystocies du Déroit Moyen .

Notre statistique comporte un nombre élevé de forceps ; mais nous pensons que si toutes les parturientes qui eurent à subir cette épreuve avaient été cor-

rectement préparées le nombre des applications instrumentales aurait été beaucoup plus faible .

De plus, notre pratique actuelle tend à multiplier grâce à la psychoprophylaxie, l'application du forceps sans anesthésie . N'est-ce-pas là la meilleure preuve ?

2.- Les anomalies dynamique du travail sont des facteurs favorisant la dystocie du Déroit Moyen :

- par l'anxiété que cela apporte,
- par la fatigue qu'entraîne un travail long ou irrégulier,
- par le degré de contraction, d'agitation que cela peut déterminer .

Aussi la conduite du travail doit elle être une préoccupation essentielle . Et les antispasmodiques doivent tenir une place principale dans la correction des troubles .

Mais la stagnation d'une tête au Déroit Moyen peut être le fait d'une insuffisance de la dynamique utérine . L'emploi judicieux des ocytociques en perfusion, bien équilibré éventuellement par les antispasmodiques, doit corriger dans un certain nombre de cas l'arrêt de la présentation .

3.- Mais il est certain que cette conduite ne suffira pas dans tous les cas .

Souvent, la tête restera stagnante au Déroit Moyen, et fréquemment en occipito-postérieure .

Il faut savoir éviter cette stagnation prolongée qui autrefois aboutissait à des désastres .

Il y a un juste milieu entre l'épreuve dynamique et l'application de forceps pour souffrance foetale .

C'est dans ces situations que nous soulignons l'intérêt

a) de la rotation manuelle d'une occipito-postérieure

- notamment si la femme est calme, détendue, relâchée,
- insuffisamment pratiquée cette technique que nous mettons de plus en plus en pratique, nous paraît du plus grand intérêt ;

b) Il nous faut parler de la ventouse obstétricale

Nous en connaissons l'emploi sans en avoir l'usage . Et la facilité de son maniement doit permettre dans certaines de ces dystocies, une rotation de la tête et une descente rapide de l'excavation .

c) De même, nous rappelons ce que nous citions plus haut, l'intérêt dans le cadre de la préparation psychoprophylactique de l'application de forceps sans anesthésie .

Nous en avons l'usage et à conditions de ne l'appliquer que toutes conditions réunies : femme absolument bien préparée et coopérante . Traction uniquement lorsque la femme pousse .

4.- L'essai de rotation par cuiller de forceps trouve ici également sa place .

5.- Si toutefois les conditions pour réaliser l'une des 3 techniques citées ci-dessus n'existent pas, ou si elles ont échoué, il faut se résoudre à l'extraction sous anesthésie générale .

Mais pour faire de cette extraction un geste sans danger et qui puisse justifier toutes nos conclusions antérieures, il faut :

- rejeter les anesthésies au masque, où le plus souvent l'extraction commence alors que la femme est en pleine phase d'agitation et d'hypertonie, où l'on n'obtient en général pas le relâchement qui est pour nous la clé d'un forceps facile ;
- il faut une anesthésie générale en circuit fermé, accompagnée d'une curarisation profonde, parfaite .

Dans ces conditions nous pensons que le forceps, traitement de la dystocie du Déroit Moyen n'est pas un geste dangereux, traumatique .

Nous ajoutons que c'est à un type de forceps comme celui de SUZOR que vont nos préférences . C'est un appareil léger, souple et facile à manier . Non articulée une cuiller peut faire oeuvre de levier et modifier la position d'une tête, corriger la dystocie existante .

Rappelons que s'il s'agit :

- d'une occipito-postérieure la rotation sera habituellement faite au-dessus des épines

- mais si la rotation est trop difficile, ne pas craindre d'extraire en occipito-postérieure .

Enfin, l'intervention ne se fera pas sans qu'auprès ,de l'opérateur tout l'appareillage de réanimation de l'enfant soit tenu prêt en état de fonctionnement .

5.- Dernier point : souvent le franchissement du Déroit Inférieur est difficile .

L'intérêt d'un forceps léger comme le SUZOR est encore là, à souligner .

Mais il ne saurait être question de se priver d'une épisiotomie qui souvent paraîtra nécessaire .

6.- Un mot enfin, pour citer l'épreuve du forceps très à l'honneur chez les anglo-saxons depuis quelques années . Cette technique permet sans doute de faire encore plus reculer les limites du risque foetal .

CONCLUSIONS

1.- Au cours d'un bref rappel historique, nous avons tenu à mentionner les noms de TARNIER et CHANTREUIL, d'AUVARD, de BUDIN et surtout de BRINDEAU qui, le premier en France, consacra sa thèse de Doctorat à l'étude du détroit moyen .

Mais Monsieur BRINDEAU décrivit surtout le Détroit Moyen dans les bassins franchement pathologiques (scoliotiques, cyphotiques, cypho-scoliotiques, etc..)

Si ces bassins n'existent plus guère maintenant que dans les vitrines de nos musées, les rétrécissements modérés de la partie inférieure de l'excavation, dus à la saillie des épines sciatiques et au déjettement en avant de l'extrémité inférieure du sacrum, nous intéressent encore, car ils posent des problèmes thérapeutiques au cours de la pratique obstétricale journalière .

2.- Nous avons rappelé les descriptions anatomiques du détroit moyen osseux et insisté sur le fait que les insertions du diaphragme pelvien principal (releveur de l'anus - ischio-coccygien) correspondent aux limites de ce détroit dans sa partie moyenne et postérieure . Pour nous, ce fait est capital car nous pensons que beaucoup de dystocies du détroit moyen dépendent autant des facteurs musculaires que des facteurs osseux .

3.- Nous avons insisté sur les méthodes d'exploration du détroit moyen :

- explorations digitales
- pelvimétrie interne (HANSON)

- radiopelvimétrie (CALDWELL, MOLOY, D'ESPOPO, THOMS, KALTREIDER, MENGERT)

C'est le mérite des auteurs anglo-saxons d'avoir insisté :

- a) sur la relative fréquence des rétrécissements modérés du détroit moyen dans certains bassins symétriques s'écartant du type gynécoïde habituel, en particulier dans les bassins anthropoïdes et androïdes ;
- b) sur l'importance du diamètre sagittal postérieur du détroit moyen dont la diminution correspond à une avancée de la partie inférieure du sacrum .

Toutefois, les données radiopelvimétriques montrent que ces rétrécissements sont dans l'ensemble modérés et restent en général compatibles avec le passage d'une tête foetale à terme . Si bien que les études radiopelvimétriques que l'on dit par ailleurs dangereuses au cours de la grossesse, ne nous paraissent pas permettre des conclusions thérapeutiques dans les cas moyens et sont souvent inutiles dans certains cas pathologiques majeurs que l'examen clinique permet de dépister facilement .

Au total, l'examen clinique, toujours nécessaire, nous paraît le plus souvent suffisant .

4.- Les dystocies du détroit moyen sont relativement fréquentes et notre travail est basé sur l'étude de 85 observations portant sur dix ans de pratique obstétricale (Docteur GRANJON) .

L'analyse de ces 85 observations montre qu'à côté des facteurs statiques osseux marqués :

- soit par les rétrécissements isolés du diamètre biscliatique,
- soit par la diminution du biscliatique associée au rétrécissement du diamètre sagittal postérieur,

les facteurs dynamiques et cinématiques semblent jouer un grand rôle.

Ces dystocies du détroit moyen sont en effet plus fréquentes :

- chez les primipares : 60 %
- chez les femmes jeunes : 73 % au-dessous de 29 ans (rôle des releveurs)
- les occipito-postérieures mal fléchies sont notées dans une proportion inhabituelle : 43 % des cas,
- lors d'accouchements ultérieurs, et bien que l'enfant ait été d'un poids supérieur, très peu de nos femmes présentèrent une dystocie ; 35 % chez les primipares .

- Enfin, le rétrécissement biscliatique arrête, plus fréquemment, on le conçoit, les gros enfants : 49 % au-dessus de 3.500 grammes.

Bassins transversalement rétrécis à épine sciatique saillante, à diamètre sagittal postérieur parfois diminué, anomalies d'orientation, gros enfants, releveurs toniques des primigestes ou des femmes jeunes, représentent les différents facteurs à l'origine des dystocies du détroit moyen et cette stagnation de la tête à la partie basse de l'excavation explique le retentissement secondaire sur la dynamique utérine (anomalies de la contraction).

Ainsi s'expliquent :

- un travail souvent plus long : 25 % des cas,
- le recours fréquent à des thérapeutiques médicamenteuses (45 % des cas) : antispasmodiques, ocytociques en perfusion ;
- la nécessité d'interventions manuelles ou instrumentales (rotation manuelle des occipito-postérieures, usage de la ventouse obstétricale, et surtout application de forceps).

Nous pensons que les cuillers du forceps de Suzor non articulées permettent de répondre à toutes les situations et constituent l'instrument idéal pour les rotations faites au-dessus des épines sciatiques. 79 enfants arrêtés au détroit moyen ont ainsi été extraits artificiellement après échec des procédés médicamenteux et avant l'apparition de souffrance fœtale. Tous, sauf un qui dut être ranimé quelques minutes, ont respiré aussitôt et crié, soit immédiatement, soit après désobstruction. Nous avons noté deux paralysies faciales légères qui ont régressé rapidement.

Tous ces enfants ont subi un contrôle pédiatrique sévère et aucune séquelle n'a été observée dans un délai variant de deux à dix ans, suivant les observations.

Nous pensons que l'anesthésie générale en circuit fermé avec curarisation complète contribue grandement à faciliter la technique de ces extractions par forceps, d'autant qu'à la dystocie du détroit moyen s'ajoute souvent une dystocie du détroit inférieur, ce qui explique la relative fréquence des épisiotomies.

Nous pensons que la préparation psychoprophylactique à l'accouchement sera dans tous les cas un élément de grande utilité.

Vu, le Président de Thèse
Professeur J. VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN British J. Radiology 20 : 108, 205, 1947
- AUVARD Traité d'obstétrique - 1894
- BALL Surgery, Gyn. and Obst. 62 : 798 - 1936
- BECK Obstetrical Practice 751-752
- BERMAN Obstétrical Roentgenology (96-98)
Diameters of the Midpelvis
- BORTER Analysis of X-Ray Diagnosis in Pregnancy
South M.J. 46 555-562 June 1953
- BRINDEAU A. Thèse Paris - 1896
- BONNAIRE Traité de l'art des accouchements de Tarnier et de Budin
- BEWLEY (D.K.), LAWS, P. MAGNIN (Lyon) Irradiation foetale et maternelle au
cours des examens radiologiques obstétricaux.
Gynéco. et Obst. N° 5 T. 59 - 1960, p. 529
- BOREL & FERNSTROM Acta Radiologica 47 : 365 - 1957
- CALDWELL A.J.O.G. 1933 26 : 479
- CALDWELL A.J.O.G. 1950 59 : 424
- Comitee Report, Medical Research Council
The hazards to man of nuclear and allied radiations
London 1956
- DECKER A.J.O.G. 65 : 294-303 Février 1953
- DENNER Ed. H. A.J.O.G. 63 : 272-283 February 1952
- DERMOTT John C. Mesure du diamètre sagittal antérieur obstétrical
Surgery 57 : 245-255 June 1949
- DRAY Thèse Paris 1956
Etude la valeur pronostic de la radiopelvimétrie
- DYER I. A.J.O.G. 60 : 302-314 August 1950
- ELLER W.C. Tulsa and Mengert - Recognition of Mid Pelvic contraction
A.J.O.G. 1947 53 : 252
- EASTMAN N.J. Obst. and Gyn. Surv. 3 : 301 1948
- EASTMAN N.J. Williams Obstetrics p. 853
- GREENHILL J.P. Principles and Practice of Obstetrics (658)
- GREENHILL J.P. Commentaire sur le travail de Mac Kelvey
Year Book obst. Gyn. 1952 152, p. 738

- HEYMS O.S. J.O.G. Emp. 52 : 148-173 April 1945
- HANSON S. Am. J. Obst. gyn. 1930 19 : 124
- HANSON S. California and West Med. 35 : 340 Nov. 1931
- HANSON S. The narrow bispineous diameter and the persistent occipito-posterior position -
Surgery Gyneco and Obst. 59 : 102 - 1934
- HANSON S. Am. J. Obst. Gyn. 35 : 228 - 1935
- HANSON S. Am. J. Obst. Gyn. 32 : 385 - 1936
- HANSON S. Am. J. Obst. Gyn. 35 : 228 - 1938
- HANSON S. Sagittal expansion in Narrow Midpelvis
A.J.O.G. 63 1312-1317 June 1952
- HANSON S. Bispineous diameter of the Midpelvis
A.J.O.G. 64 1374-1375 Déc. 1952
- HANSON S. West J. Surgery 61 : 628 Nov. 1953
- HANSON S. Anterior Midpelvis
A.J.O.G. 68 1576-1580 Déc. 1954
- HANSON S. A.J.O.G. 74 494 1957
Sur un pelvimètre recto-vaginal
- KALTREIDER Franck D. A.J.O.G. 62 : 600 (95)
- KALTREIDER F.D. Critères du rétrécissement du détroit moyen
A.J.O.G. 63 : 392-399 Février 1952
- KALTREIDER F.D. Formes du Pelvis et ses relations avec le pronostic au détroit moyen
A.J.O.G. 63 : 116-121 Janvier 1952
- Mc. KELVEY J.L. Problèmes posés par la dystocie du détroit moyen
Michigan Med. Soc. Juillet 1951 50 : 736-738
- LACOME Pratique obstétricale
- MAGNIN P. Presse Medicale 67 : 254 1959
- MAGNIN P. Gynécol. et Obst. T. 58 N° 1 p. 65 1959
- MAGNIN P. Gynécol. et obst. T. 54 N° 1 1955
- MAYER M., HERVE R., MORIN, CHALUT
Gynéc. Obst. Tome 55 N° 5 p. 460-471 1956
- MAYER M., MORIN, CHALUT Bull. Fed. Gyn. Obst. 1954 VI N° 3 pp. 260-268
- MAYER M., CHALUT, MORIN Congrès International de Gynécologie Obst. Genève 1954
- MAYER M. & MORIN Semaine des Hôpitaux - Mars 1951 N° 24
- MENGERT William F. A.J.O.G. 52 : 1032 - 1946
- MENGERT W.F. J.A.M.A. Sept. 1948 138 : 169-174
- MENGERT W.F. Estimation of pelvic capacity
A.J.O.G. 74 : 151-158 July 1957

- MOIR J. Obst. and Gyn. Brit Emp. 53 : 487 1946
- MOIR J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 54 : 20 1947
- MOLOY, HOWARD C., STEER Charles A.J.O.G. 60 : 1135-1146 Nov. 1950
- NASH A.G. A.J.O.G. 59 : 475-481 March 1950
- PIGEAUD, MAGNIN Encyclopédie médico-chirurgicale 1956
- SAVAGE John E. Clinical and Roentgen pelvimetry
A.J.O.G. 61 : 809-823 April 1951
- STEER Charles M. Moloy's estimation of the pelvis in obstetrics
London 1959
- STEWART A., WEBB, HEWITT Brit. Med. J. 1958 Vol. I, p. 1495
- TARNIER & CHANTREUIL L'art des accouchements
- THIERSTEIN A.J.O.G. 1952 N° 6 June 1882
- TORPIN Obstetric Labor
- THOMS M. A.J.O.G. 1944 48-52 July
- THOMS M., WYATT Robert Etude du rétrécissement du détroit moyen
A.J.O.G. 59 : 424-428 February 1950
- THOMS M. Clinical determination of the outlet capacity
A.J.O.G. 72 : 635-640 Septembre 1956
- TRAIN J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 66 : 273 - 1960
- WEINBERG Arth. Mid. Forceps operations
J.A.M.A 146 : 1465-1469 Aug. 1958
- WEINBERG Arth. Radiologic estimation of pelvic capacity
Obst. anal. gyn. Surv. 7 : 455 - 481 August 1952



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90